



MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Rua Mário Prandini, 849 – Centro
Itapeva/SP

Tel: (15) 3521-9505

www.santacasadeitapeva.org.br

E-mail :
atendimen-
to@santacasadeitapeva.org.br

APRESENTAÇÃO

Prezado Beneficiário,

Este é o Manual Operacional do Santa Saúde, parte integrante do Contrato assinado entre V.Sa e a Santa Casa de Misericórdia de Itapeva, para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar.

O objetivo deste manual é o de oferecer a orientação necessária sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como outras informações gerais que permitam Você utilizar da maneira mais correta o Plano de Saúde que acabou de adquirir.

Leia atentamente o seu Contrato e as informações contidas neste Manual e, se não forem suficientes para o seu esclarecimento, consulte-nos por telefone ou pessoalmente (fone: 3521 9505).

A GERÊNCIA

1. DEFINIÇÕES

1.1. Acidente Pessoal – é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externa, súbita, involuntária e violenta, causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

1.2. Carência – é o período de tempo a ser cumprido pelo Beneficiário para adquirir o direito de utilização de determinadas coberturas, contando a partir da data de adesão.

1.3. Cobertura – é a garantia, dada ao Beneficiário, às coberturas das despesas médicas e hospitalares previstas na Cláusula Quinta do Contrato, **respeitados os limites do Plano Contratado.**

1.4. Contrato – é o documento formal e legal, que caracteriza a contratação do Plano de Assistência à Saúde.

1.5. Data de Adesão – é a data da quitação da primeira mensalidade ou do recebimento pela Operadora da Proposta de Adesão.

1.6. Dependentes – o Contrato poderá ser extensivo aos cônjuges, companheiros e filhos e a outros assim considerados pela legislação do **Imposto de Renda e/ou Previdência Social.**

1.7. Os dependentes do Proponente Titular, que tenham sua inclusão aceita pela Operadora, são considerados Beneficiários dependentes.

1.8. Despesas Cobertas (Garantias) - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é garantida pela Operadora, de acordo com o estabelecido no Contrato.

1.9. Despesas não Cobertas (Exclusões) - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é excluída do Plano de Assistência à Saúde, de acordo com o estabelecido no Contrato.

1.10. Doença – é qualquer afecção que afete as condições físicas do Beneficiário, caracterizada com alteração do estado de saúde, independente de sua vontade, que requeira tratamento médico e/ou internação hospitalar e não se enquadre na definição de **Acidente Pessoal.**

1.11. Doenças Crônicas – são aquelas que atingiram estado mórbido irreversível, tais como insuficiência grave de órgãos vitais – coração, rins, fígado, etc- câncer em fase avançada, diabetes em estado avançado.

1.12. Doenças, Lesões e/ou Deformidades Congênitas – são anormalidades desenvolvidas durante a vida intra uterina, com as quais a pessoa nasce.

1.13. Doenças ou Lesões Preexistentes – são aquelas que o Beneficiário, ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor à época de sua inclusão no Contrato, **observando-se que, em tais condições, obrigatoriamente haverá cláusula de agravo ou de cobertura parcial temporária.**

Agravo – é qualquer acréscimo no valor da Mensalidade, adotado como compensação pela não aplicação da **cobertura parcial temporária.**

Cobertura Parcial Temporária – é aquela que admite, num prazo determinado (**máximo 24 meses**), a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às exclusões estabelecidas no Contrato e relativas não só a doenças e lesões preexistentes, como também, a quaisquer doenças específicas e/ou a coberturas previstas na **Cláusula Quinta** do Contrato, cumulativamente ou não.

A comprovação, no prazo de até 24 (vinte quatro) meses a partir da adesão ao Contrato, de que o Beneficiário Titular saiba ser portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente e não a declarou à época da contratação ou da solicitação de inclusão de dependente, caracterizará comportamento fraudulento, sujeitando-o às cominações legais cabíveis.

1.14. Emergências e Urgências Médicas

Emergência – como tais definidos os casos que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência – assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

1.15. Evento – é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica ou com o óbito.

1.16. Internações Hospitalares

Cirúrgicas – são aquelas decorrentes de eventos que exigem ato cirúrgico.

Clínicas – são aquelas decorrentes de eventos que por sua gravidade ou complexidade, exigem internação hospitalar, sem, contudo, exigir ato cirúrgico.

Eletivas e Procedimentos Eletivos - são os casos que não se caracterizam como **Urgência ou Emergência.**

1.17. Limites de Cobertura – são as quantidades máximas de dias ou serviços, de responsabilidade da Operadora para fins de cobertura, previstas em Contrato.

1.18. Limites de Reembolso – são as importâncias máximas, para fins de reembolso de despesas cobertas pelo Contrato, de responsabilidade da Operadora, para cada evento, devidos, exclusivamente, quando decorrentes dos casos de **emergência ou urgência** médica

comprovada, ocorridos em locais onde a Operadora não tenha prestador próprio ou credenciado, conforme item 8.6.1 definido no contrato anexo.

1.19. Operadora – é a Santa Casa de Misericórdia de Itapeva – Convênio Santa Saúde, que assume os riscos inerentes às coberturas deste Plano de Assistência à Saúde, nos termos do Contrato.

1.20. Procedimentos – são todos os atos médicos ou paramédicos que têm por finalidade a manutenção ou a recuperação do bem estar biológico ou psicológico ou social do Beneficiário, podendo ser praticados em regime ambulatorial ou hospitalar. Incluem-se como Procedimentos, para efeito deste Plano de Assistência à Saúde, consultas médicas, exames para diagnóstico, tratamentos terapêuticos, cirurgias ambulatoriais, atendimentos em pronto-socorro, remoções e internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas.

2. COBERTURAS

2.1. SERVIÇOS COMPREENDIDOS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas.

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, **respeitados os períodos de carência**.

2.2. SERVIÇOS COMPREENDIDOS NO ATENDIMENTO HOSPITALAR

a) cobertura de internações hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, **respeitados os períodos de carência**.

b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

c) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

d) cobertura de toda e qualquer taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica definida no Contrato.

e) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos.

f) cobertura de cirurgia plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos e regiões atingidas em virtude de **acidentes pessoais**.

g) cobertura de cirurgias cardíacas e hemodinâmica.

h) cobertura de transplante de córnea e rim, incluídas na cobertura as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante.

Os beneficiários sujeitos a esse procedimento deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes-SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

i) cobertura de assistência ao parto e ao recém nascido durante o período máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento. A continuidade da assistência fica condicionada à inclusão do recém nascido no Plano até 30º dia do seu nascimento de acordo com o item 4.5 do contrato anexo.

j) cobertura de tratamento de transtornos psiquiátricos, incluídos os atendimentos a nível ambulatorial e de internação, respeitados os limites estabelecidos pela legislação em vigor.

k) acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito, por opção do beneficiário, poderá ser efetuada se o mesmo se responsabilizar pelo pagamento do valor da diferença de custos, diretamente ao hospital.

l) acomodação em nível superior, sem ônus adicional, se comprovada a indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto no Plano no qual está inscrito.

2.3. OUTROS SERVIÇOS

a) cobertura de serviços em período de carência – os procedimentos previstos no Plano poderão ser realizados com descontos especiais, mediante pagamento por serviços prestados.

b) reembolso de despesas ocorridas com atendimento em caso de urgência/emergência, em situação de comprovada impossibilidade de utilização dos serviços credenciados pela Operadora, e desde que dentro da área de abrangência do Plano poderá ser efetuado de acordo com a Tabela de Valores praticados pela Operadora junto a seus credenciados, observadas as seguintes condições:

b1) apresentação da via original dos documentos comprobatórios de pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela Operadora.

b2) conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação.

b3) relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado.

b4) declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega dos documentos acima referidos e observará os seguintes limites:

I - Consultas e Exames - Valor correspondente a 100% (cem por cento) dos valores constantes da Tabela AMB/92 – Associação Médica Brasileira, adotada como referência para a remuneração de serviços médicos credenciados junto ao Plano.

II - Internações

a) **Acomodação** (diárias) e **Taxas hospitalares** - Valor correspondente a 100 % (cem por cento) dos valores constantes da tabela própria da Santa Casa de Misericórdia de Itapeva, adotada como referência para remuneração serviços hospitalares credenciados junto ao Plano.

b) **Materiais e Medicamentos** - Valor correspondente a 100% (cem por cento) da Tabela do BRASÍNDICE - Catálogo de Preços de Materiais e Medicamentos, utilizado para remuneração de gastos dos hospitais ou, na sua ausência, preço de mercado.

c) **Honorários Médicos** - Pela tabela AMB/92.

3. EXCLUSÕES

Não estão incluídos no Contrato, como obrigação da Operadora, a cobertura dos procedimentos relativos a:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

c) Inseminação artificial.

d) Tratamento de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética.

e) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

g) Fornecimento de próteses e órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico.

h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

i) Casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

j) Transplantes, exceto o de córnea e de rim.

k) Consultas domiciliares.

l) Tratamento odontológico, com exceção do atendimento buco-maxilo-facial ligados ao ato cirúrgico no caso de acidentes pessoais.

4. CARÊNCIAS

GRUPO DE CARÊNCIA	SERVIÇO	PRAZO
01	Atendimento de Urgência ou Emergência (assim entendidos ou resultantes de acidentes pessoais. complicações no processo gestacional ou decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas) devidamente caracterizado pelo médico assistente da Operadora.	24 Horas
02	Consultas, Exames laboratoriais (exceto hormonais), Raio-X (sem contraste), Eletrocardiograma e Eletroencefalograma.	30 Dias
03	Exames complementares, Exames laboratoriais hormonais, Exames radiológicos contrastados, Endoscopia digestiva, Exame Anátomo Patológico, Colposcopia, Endoscopia Peroral, Retossigmoidoscopia, Audiometria, Impedanciometria, Tonometria e Fisioterapia	60 Dias
04	Pequenos procedimentos ambulatoriais e Ultrassonografias	90 Dias
05	Atendimento, procedimentos e exames especiais (não descritos acima), Cirurgia Cardíaca, Quimioterapia, Radioterapia, Microcirurgia, Transplante de Rim e de Córnea, Hemodiálise, Hemodinâmica, Cirurgia do Tórax.	180 Dias
06	Psiquiatria- Internação e Atendimento, Internação clínica ou cirúrgica (inclusive a eletiva)	180 Dias
07	Parto a termo	300 Dias
08	Doenças Preexistentes	24 Meses

5. PAGAMENTOS

- a) As mensalidades deverão ser pagas nas datas indicadas na Ficha de Inscrição.
- b) O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o Contratante de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento.**
- c) O atraso no pagamento das mensalidades, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato implicará na automática rescisão do Contrato.

Na ocorrência de atrasos de pagamento, a Operadora no prazo de até o 50º (quinqüasésgimo) dia de atraso comunicará ao Contratante a sua condição de inadimplente, cumulado ou consecutivo.

6. UTILIZAÇÃO DO PLANO

IMPORTANTE:

- a) Mantenha em dia seus pagamentos.
- b) Tenha sempre consigo a carteira de identificação do Plano e seu documento de identidade.**
- c) Tenha sempre consigo o comprovante de pagamento.**

6.1. CONSULTAS

Para utilização de consultas nos consultórios dos credenciados, ou na Clínica SANTA SAÚDE, você deverá proceder da seguinte forma:

- 1) Marque com o médico ou a especialidade de sua escolha o dia e à hora da sua consulta;
- 2) Basta ter em mãos a Carteirinha do **SANTA SAÚDE** e ligar no horário das 7,00 horas até às 18,00 horas, de 2ª à 6ª feira e solicitar a senha de Autorização, que é um número que deve ser apresentado à Recepcionista do médico, ou na Clínica SANTA SAÚDE no dia da consulta.

LEMBRE-SE: A SENHA só é válida para uma consulta. Portanto, para cada consulta você deverá solicitar uma nova SENHA.

- a) Não podendo comparecer à consulta, exames ou procedimentos já marcados, procure avisar à Secretária com o máximo de antecedência, pois lembre-se que foi reservado um horário só para atendê-lo. Agindo deste modo você estará evitando problemas.

b) Ao procurar atendimento no Pronto Socorro da Santa Casa, lembre-se que a principal atividade daquele serviço é atender as necessidades de pacientes em estado que requeira cuidados especiais, ou seja, **casos de Urgência e/ou Emergência**.

c) Se a sua necessidade não se enquadra nas situações acima, evite utilizar os serviços do Pronto Socorro para consultas eletivas. Nesse caso, procure o clínico na rede de credenciados ou a Clínica SANTA SAÚDE.

Para cada consulta realizada o associado tem direito a retorno, sem necessidade de nova **SENHA** de encaminhamento, se efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias da data da consulta anterior.

6.2. EXAMES

A realização de exames solicitados pelo médico que está lhe assistindo depende de prévia autorização do Plano. Portanto, você deverá apresentar o pedido de exame na Sede do Plano, no horário comercial, para efeito de liberação.

Existem alguns tipos de exames cuja autorização é dada pelo Médico Auditor do Plano e, eventualmente, ele poderá solicitar a sua presença para efeito de avaliação do exame a ser realizado.

Fora do horário comercial, os exames solicitados pelo médico plantonista, decorrentes de atendimento no Pronto Socorro da Santa Casa, são autorizados pela Recepção do Pronto Socorro. **Nesses casos, antes de procurar o local indicado para realizar o exame, dirija-se primeiro à Recepção.**

6.3. INTERNAÇÕES

A Santa Casa, a exemplo do que é adotado pelos hospitais em geral, exige em determinadas situações que o responsável pela internação dê garantias quanto ao ressarcimento ao hospital pelos serviços que serão prestados ao internado.

O valor dessa garantia é estipulado pela Tesouraria do hospital e deve ser firmado pelo paciente ou seu responsável, no ato da internação, diretamente no Caixa, de acordo com a orientação da recepcionista do hospital.

Assim sendo, poderá ser exigido de você a cobrança dessa garantia quando ocorrer internações nos casos de urgência/emergência, que não foram autorizadas pelo Plano, estando vinculada à cobertura de situações como:

a) Atendimento de Beneficiários que não comprovarem a sua vinculação ao Plano ou a sua situação financeira regularizada.

b) Atendimento de Beneficiário em carência, após as 12 (doze) primeiras horas.

c) Atendimento de Beneficiário que eventualmente possam ser portadores ou sofredores de doenças ou lesões preexistentes.

Nesses casos, o responsável pela internação será orientado pela Recepção do Hospital no sentido de se obter a **Solicitação de Internação** junto ao médico assistente do paciente, **no prazo de até 24 horas ou até o 2º dia útil, quando se tratar de fins de semana ou feriados** e encaminhá-la ao Plano Santa Saúde, para avaliação do Médico Auditor.

A liberação da garantia assumida ficará condicionada ao cumprimento das exigências estabelecidas pelo Santa Saúde.

6.3.1 URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA

a) Nos casos de atendimento cuja assistência médica recomende a internação, estando o paciente em período de carência, a ele será assegurado o atendimento pelo Santa Saúde durante as 12 (doze) primeiras horas, não garantindo, portanto, cobertura para a internação. Nesse caso, o responsável pela internação deverá negociar diretamente com o Hospital as condições para a continuidade da internação e assistência ao paciente.

b) Nos casos que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões pré-existentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão **será nas mesmas condições estabelecidas na letra “a”**, acima.

6.3.2 ELETIVA (PROGRAMADA)

a) Tem como característica a realização de eventos com data previamente estabelecida e normalmente está associada à realização de procedimento cirúrgico.

A internação de caráter eletivo deve ser autorizada previamente pelo Médico Auditor do Santa Saúde. Portanto, quando seu médico programá-la você deverá procurar a gerência do Plano para obter a liberação e comunicar ao médico para que o mesmo possa agendá-la no Centro Cirúrgico.

Tal autorização é concedida num impresso denominado **Solicitação de Internação**, cuja emissão é de responsabilidade do médico que o está assistindo.

Para efeito de internação, é obrigatória a apresentação da **Solicitação de Internação** na Recepção do hospital, devidamente aprovada. Sem a apresentação deste documento a recepcionista não está autorizada a efetuar-la.

7. RECOMENDAÇÕES

Durante a sua permanência na Santa Casa de Itapeva, procure observar e respeitar as Normas da Administração e as orientações dos funcionários.

Em caso de dúvidas ou problemas surgidos entre em contato com o (a) encarregado (a) ou responsável pelo serviço.

Questões relacionadas com o atendimento de enfermagem e não solucionadas, devem ser encaminhadas à Enfermeira responsável na unidade, ou até mesmo à Diretoria de Enfermagem.

RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS

- Não fumar nas dependências do hospital.
- Não fazer barulho e não falar em voz alta.
- Não utilizar aparelhos eletro-eletrônicos sem prévia autorização da administração, exceto rádio, barbeador e secador de cabelos.
- Não manipular equipamentos hospitalares que compõem o aposento.
- Não pernoitar mais de um acompanhante e de sexo diferente do paciente.
- Visitas somente nos horários determinados.
- Evitar comportamento inadequado ou que possa incomodar o ambiente hospitalar.
- Nos aposentos para dois leitos, procure respeitar os direitos do outro paciente.
- Se estiver doente, evite a visita; você pode se tornar um transmissor de infecção para o paciente, assim como adquirir outras infecções devido ao seu estado geral.
- Ao fazer a visita, procure estar com as mãos limpas e roupas asseadas para evitar possíveis contaminações.
- Evite levar crianças na visita, pois poderão estar expostas a eventuais contaminações do ambiente hospitalar.
- Não fornecer alimentos para o internado, sem consultar a enfermeira da unidade ou a nutricionista.

Visite nosso site:

www.santacasadetapeva.org.br